Mẫu Đánh giá Chẩn đoán (Medi-Cal)

Được hoàn thành bởi Bác sĩ, Bác sĩ Nhi khoa, Nhà thần Kinh học hoặc Chuyên gia Tâm lý học Lâm sàng Có giấy phép
(MD/DO/PhD/PsyD)

Thông tin được cung cấp sẽ được bảo vệ theo các yêu cầu của HIPAA và các quy định bảo mật hiện hành khác

Thông tin Bệnh nhân:

Họ/Tên của Bệnh nhân: _____

Ngày sinh của Bệnh nhân: _____ Số ID Người Đăng Ký: _____

Thông tin Nhà cung cấp Dịch vụ:

Tên của Nhà cung cấp Dịch vụ: _____ Giấy phép/Chứng nhận/Số ID thuế của Fed: _____

Địa chỉ Đường phố: _____ Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____ Số fax: _____

Thông tin Đánh giá:

Ngày Đánh giá: _____

1. **Tóm tắt các Hành vi Thái quá và Thiếu hụt được Xác định:**
   - ☐ Chậm Phát triển Khả năng Nói
   - ☐ Tương tác Đồng đẳng Thấp
   - ☐ Mối bận tâm về Sở thích
   - ☐ Tự gây chấn thương
   - ☐ Giao tiếp bằng Mắt Kém
   - ☐ Hành vi Lặp đi Lặp lại
   - ☐ Động tác Máy móc
   - ☐ Hung hăng
   - ☐ Phản hồi Xã hội Thấp
   - ☐ Tăng động Thái quá
   - ☐ Nhại lời
   - ☐ Bỏ đi
2. **Đánh giá Điều trị BHT/ABA có được Khuyến nghị không:** (có/không) _____
3. **Nếu chẩn đoán ASD chưa được thực hiện, CDE có được khuyến nghị không?:** (có/không) _____
4. **Chuẩn đoán Sức khỏe Hành vi:**
   Mã Chính: _____
   Mã Phụ: _____
5. **Chẩn đoán Y tế:** _____
   Mô tả bất kỳ tình trạng y tế nào có thể gây ra hoặc góp phần vào hành vi thái quá hoặc thiếu hụt được mô tả ở trên:

Chữ ký của Nhà cung cấp: _____ Ngày: _____

*Gửi lại Mẫu Đánh giá Chẩn đoán đã Điền đầy đủ cho:

Email:
ASGCare.Managers@carelon.com

Fax:
877-321-1776